These

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA

Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 30 de Outubro de 1911

PARA SER DEFENDIDA

POR

João Rodrigues da Costa Doria

Ex-interno (gratuito) das Clinicas Obstetrica e Gynecologica no Hospital Santa Isabel, em 1909

Ex-interno das mesmas clinicas, no mesmo Hospital, em 1910

Interno da Maternidade Climerio de Oliveira

NATURAL DO ESTADO DE SERGIPE

Filho legitimo de Gustavo Rodrigues da Costa Doria (fallecido) e Maria da Soledade Costa Doria

AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA

Das Apresentações do Pelvis

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de Sciencias Medicas e Cirurgicas

BAHIA

Typographia de S. Joaquim

Rua do Arsenal de Guerra.

1911

Faculdade de Medicina da Bahia

DIRECTOR — DR. AUGUSTO C. VIANNA

VICE-DIRECTOR —

SECRETARIO — DR. ALEXANDRE R. MEIRELLES

SUB-SECRETARIO — DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

Professores Ordinarios

Drs. :

Manuel Augusto Pirajá da Silva . Historia Natural Medica.
Pedro da Luz Carrascosa . . . . . Physica Medica.
José Olympio de Azevedo . . . . Chimica Medica.
Antonio Pacifico Pereira . . . . . Anatomia Microscopica.
José Carneiro de Campos. . . . . . Anatomia Descriptiva.
Manuel José de Araujo . . . . . Physiologia.
Augusto C. Vianna . . . . Microbiologia.
Antonio Victorio de Araujo Falcão Pharmacologia.
Guilherme Pereira Rebello . . . . Anatomia e Histologia Pathologicas
Fortunato Augusto da Silva Junior Anatomia Medico-Cirurgica com Operações e Apparelhos.
Anizio Circundes de Carvalho . . Clinica Medica.
Francisco Braulio Pereira. . . . . Clinica Medica.
João Americo Garcez Fróes . . . Clinica Medica.
Antonio Pacheco Mendes. . . . . Clinica Cirurgica.
Braz Hermenegildo do Amaral . . Clinica Cirurgica.
Carlos Freitas. . . . . Clinica Cirurgica.
Fráncisco dos Santos Pereira . . . Clinica Ophtalmologica.
Eduardo Rodrigues de Moraes. . . Clinica Oto-Rhino Laryngologica.
Alexandre E. de Castro Cerqueira Clinica Dermatologica e Syphiligraphica.
Gonçalo M. Sodré de Aragão . . . Pathologia Geral.
José Eduardo F. de Carvalho Filho Therapeutica.
Frederico de Castro Rebello . . . Clinica Pedriatica Medica com Hygiene Infantil.
Alfredo Ferreira de Magalhães. . . Clinica Pediatrica Cirurgica com Orthopedia
Luiz Anselmo da Fonseca . . . . Hygiene.
Josino Correia Cotias . . . . Medicina Legal e Toxicologia.
Climerio Cardoso de Oliveira. . . Clinica Obstetrica.
José Adeodato de Sousa . . . . . . Clinica Gynecologica.
Luiz Pinto de Carvalho. . . . . . Clinica Psychiatrica e Molestias Nervosas.
Aurelio R. Vianna . . . . Pathologia Medica.
Antonino Baptista dos Anjos . . . Pathologia Cirurgica.

Professores Extraordinarios Effectivos

Drs. :

Egas Muniz Barretto de Aragão. . Historia Natural Medica.
João Martins da Silva. . . . . Physica Medica.
Pedro Luiz Celestino . . . . Chimica Medica
Adriano dos Reis Gordilho . . . . . Anatomia Microscopica.
José Affonso de Carvalho . . . . . Anatomia Descriptiva.
Joaquim Climerio Dantas Bião. . . Physiologia.
Augusto de Couto Maia. . . . . . . Microbiologia
Francisco da Luz Carrascosa . . . Pharmacologia.
Julio Sergio Palma . . . . Anatomia e Histologia Pathologica.
Eduardo Diniz Gonçalves. . . . . . Anatomia Medico Cirurgica com Operações e Apparelhos.
Clementino da Rocha Fraga. . . . Clinica Medica.
Caio O. Ferreira de Moura . . . . Clinica Cirurgica.
Clodoaldo de Andrade. . . . . Clinica Ophtalmologica.
Albino Arthur da Silva Leitão . . Clinica Syphiligraphica e Dermatologica.
Antonio do Prado Valladares. . . . Pathologia Geral.
Frederico de Castro Rebello Koch. Therapeutica.
José de Aguiar Costa Pinto. . . . . Hygiene.
Oscar Freire de Carvalho . . . . . Medicina Legal.
Menandro dos Reis Meirelles Filho. Clinica Obstetrica.
Mario Carvalho da Silva Leal . . . Clinica Psychiatrica e Molestias Nervosas.
Antonio do Amaral Ferrão Muniz . Clinica Analytica e Industrial.

Professores em Disponibilidade

Drs. :

Sebastião Cardoso . . . .
José E. de Castro Cerqueira . . . .
Deocleciano Ramos . . . .
José Rodrigues da Costa Doria.

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exharadas nas theses pelos seus auctores.

Dissertação

CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA

DAS APRESENTAÇÕES DO PELVIS

DAS APRESENTAÇÕES DO PELVIS

CAPITULO I

DEFINIÇÃO E DIVISÃO

VAMOS tentar escrever, embora que mal, sobre as apresentações do pelvis, porquanto melhor que nós, simples estudantes, já têm escripto os grandes mestres.

Das apresentações é esta uma das de grande valor, pois alem de tornar o parto difficil, perigoso para a mulher, é tambem de grande gravidade para o féto.

Denomina-se apresentação do pelvis, porque é está a parte fétal que tende a se encravar ou já se encravou, ficando deste modo, como é natural, em relação com a area do estreito superior.

Quasi todos os parteiros têm adoptado a divisão da apresentação do pelvis em apresentação completa e apresentação incompleta. Adoptamos esta divisão, pois julgamos ser a melhor porque exprime bem as duas variedades em que podemos encontrar o féto na apresentação do pelvis.

Diz-se que a apresentação é completa, quando as coxas estão flexionadas sobre a bacia, as pernas sobre as coxas, vindo os calcanhares tocar nas nadegas. Ribemont—Dessaignes, compara esta posição á de um alfaiate sentado.

Quando tratamos da apresentação incompleta temos que ver tres modos, que são:

1.º Modo das nadegas, quando os membros inferiores estão em tal estado de flexão sobre o tronco, de modo a virem os pés do féto a ficar em relação com o thorax;

2.º Modo dos pés, quando os membros inferiores tendo se destendido, produzem a sahida de um pé, ou dos dois pés;

3.º Modo dos joelhos, quando as pernas estão flexionadas sobre as coxas, e estas em extensão, de modo a vir sahir em primeiro logar um joelho ou os dois joelhos.

A apresentação do pelvis incompleta pode ser primitiva ou secundaria.

Quando a apresentação já está encravada devemos chamal-a definitiva, quando não, de temporaria, vindo depois a ser secundaria.

O professor Bumm em seu Tratado Completo de Obstetricia, dá a seguinte divisão para as apresentações do pelvis: apresentação podalica (propriamente dita) e apresentação do pé. A podalica propriamente dita, se diz tambem completa ou composta, quando os pés vêm juntos no nascimento. Incompleta ou simples quando os membros inferiores estão ao longo do corpo.

A apresentação do pé pode ser completa e incompleta. Completa quando sahem os dois pés, incompleta quando sai um.

A apresentação do joelho é rara, e elle classifica como dependendo da do pé.

Achamos esta divisão complicada, e sem o cunho e importancia da seguida pelos outros parteiros.

FREQUENCIA

É menos frequente que a apresentação do vertice, e mais commum que as apresentações da espadua e da face. Mme Lachapelle dá uma apresentação do pelvis para 27 partos, Pinard dá uma para 30, Mme Boivin dá 1 para 33, Pinard e Lepage dão 1 para 38.

Quanto ás variedades, consultando-se a estatistica feita por Lepage na Clinica Baudelocque, vemos 161 apresentações do pelvis, sendo 41 completas e 115 incompletas ; sendo destas 113 modo das nadegas, 2 modo dos pés, e 5 não especificadas. Estas 161 apresentações do pelvis deram-se em primiparas. Vemos por meio desta estatistica que o modo das nadegas é o mais frequente.

Ainda na mesma estatistica, vemos em 132 apresentações do pelvis, dadas em multiparas, 50 completas e 75 incompletas, destas, 69 modo das nadegas, 5 modo dos pés, 1 modo dos joelhos.

Na estatistica feita por Pinard, que dá a proporção de 1 apresentação do pelvis para 30 partos, elle inclue todos os partos quer prematuros, quer a termo; mas

se só considerarmos os a termo temos uma proporção de 1 para 62.

Dizia-se antigamente que as apresentações do pelvis eram mais frequentes nas multiparas do que nas primiparas, mas as estatisticas, como a que acima vemos, têm provado o contrario.

No serviço de clinica obstetrica, do professor Climerio de Oliveira, no Hospital Santa Izabel, em 1909, tivemos 81 partos, dos quaes 6 apresentações do pelvis, sendo 3 completas e 3 incompletas, duas modo das nadegas, e uma modo dos pés. Destes casos somente um pertencia a primipara.

No mesmo serviço, e no mesmo hospital, em 1910, tivemos 65 partos, dos quaes somente dois casos de apresentação do pelvis, sendo uma completa e uma incompleta. Um caso em primipara e outro em multipara.

No mesmo serviço, na Maternidade Climerio de Oliveira, tivemos de Novembro de 1910 a Julho de 1911, 126 partos, sendo 9 apresentações do pelvis, destas 6 completas e 3 incompletas, todas modo das nadegas. Destes casos 3 pertenciam a multiparas e 6 a primiparas.

Vendo-se esta pequena estatistica, desde 1909 até julho de 1911, temos 9 casos em multiparas e 8 em primiparas, parecendo assim contraditorio ao que acima dissemos de ser mais frequente nas primiparas, mas é de notar que em todos os serviços de partos do mundo apresentam-se mais multiparas do que primiparas.

PROGNOSTICO

O parto na apresentação do pelvis é grave para a creança, porquanto a cabeça desta, comprimindo o cordão de encontro a parede pelvica, produz o embaraço da circulação, dando-se em consequencia a morte do féto, ou este nascer em más condições. Uma outra causa tambem apontada, e que vem embaraçar a circulação é a retração das paredes do utero sobre o pescoço do féto depois da sahida do tronco, o que se dá nas intervenções muito cedo, quando a delatação não é sufficiente.

Ainda outra causa que podemos apontar como produzindo a morte do féto, é que este sendo obrigado a inspirar prematuramente, inspira liquido amniotico, meconio, mucosidades, sangue; que vão obstruir as vias aerias, e impedir deste modo a inspiração de ar quando esta se der. Podem estes liquidos ser tirados e o féto se reanimar, mas não raro se vê elles morrerem dois ou tres dias depois de broncho-pneumonia.

A morte do féto dá-se por uma especie de suffocação, e tanto mais demorada é a expulsão, tanto mais corre perigo a vida do féto.

O descolamento da placenta produzido pela cabeça fétal tambem é grave para o féto. As difficuldades das extracções tambem são perigosas.

As tracções intempestivas produzem a ruptura do musculo externo-mastoideo, podendo ser seguido de retracção do musculo. Dá-se a isto erradamente o

nome de torticolis congenito, e que Pinard demonstrou ser uma lesão produzida no momento do parto.

As estatisticas dão para mortalidade dos fétos: Mme Lachapelle—1 para 7, P. Dubois—1 para 11, Pajot—14 para 100, Hecher—22 para 100, Pinard—3,57 para 100, Leyde—3 para 116, Porak—2 para 39.

A estatistica da clinica Baudelocque dá em 293 nascimentos, 34 mortos.

Em nossa estatistica de 1909 a 1911, tivemos 5 fétos mortos, 5 nascidos em más condições, dos quaes 2 morreram e 3 se reanimaram, e 7 nascidos em bôas condições.

A vida da mulher tambem corre perigo.

Nos partos das apresentações do pelvis ha quasi sempre ruptura do perineo, principalmente nas primiparas.

Os perigos dos partos nas apresentações do pelvis tambem dependem da habilidade do operador.

DURAÇÃO DO TRABALHO

Esta varia segundo o volume do féto, a causa e o modo da apresentação.

CAUSAS

As apresentações do pelvis, são consideradas como anormaes.

Estas causas podem ser francas ou principaes, accidentaes ou secundarias.

As causas francas são devidas: ao desenvolvimento do segmento inferior do utero mais do que o

superior; á hydrocephalia; ao pouco desenvolvimento das partes pelvicas; ao desenvolvimento do féto, que encontrando pouco liquido amniotico, acha difficuldade, deste modo, em mudar a cabeça para baixo.

Em um féto já desenvolvido que se acha de pelvis para baixo, uma contração uterina pode tornar esta posição deffinitiva.

As causas accidentaes, que são mais communs, podem ser devidas: á mãi, ao féto, ou aos annexos.

Dependentes da mãi, temos: estreitamento da bacia; quando se encontram ao nivel do seguimento inferior, ou do colo, fibromas uterinos. Guerlain dá uma apresentação do pelvis para 14.3 em bacias estreitadas, Lefour dá 33 apresentações do pelvis, em partos complicados por corpos fibrosos.

H. Ferré (De Pau) sita nos Annales de Gynécologie et d'Obstétrique (Abril 1909) o caso de uma mulher, que tinha spondylolisthesis, com gravidez, estando o féto em apresentação do pelvis, e posição S. I. D. T. Foi feita uma cesariana, tendo sido extrahida uma creança viva do sexo feminino.

Dependentes do féto, temos: pequenez deste, que é de grande importancia; morte do féto; gravidez dupla, na qual é commum.

Nos Annales de Gynécologie et d'Obstetrique de Abril de 1911, encontramos um caso apresentado por Barnsby e Gallet á Sociedade Obstetrica de Paris, de apresentação do pelvis, em um parto dystocico de um monstro duplo (xyphopago).

Dependentes dos annexos: a abundancia (hydram-

nios) ou pequena quantidade (oligo-amnios) de liquido amniotico; inserção baixa da placenta; pequenez do cordão, que pode ser natural ou devida a nós ou a circulares (Budin, Lefour).

Ainda nos Annales de Gynecologie et d'Obstetrique de Abril de 1909, encontramos um caso de apresentação do pelvis, cummunicado á Sociedade Obstetrica de Toulouse, por Couvelaire e Guillaume, onde havia pequenez do cordão implantado no bordo inferior de uma placenta inserida no segmento inferior do utero.

DIAGNOSTICO

Quanto ao interrogatorio nada nos adianta para o diagnostico. Ás vezes a mulher se queixa de dôr no logar occupado pela cabeça do féto.

Quanto a inspecção, tambem pouco nos auxilia para o diagnostico.

O palpar, principalmente durante o curso da gravidez, nos é de grande valor.

Praticando-o encontramos a escavação vasia, porque, como sabemos, só pela influencia das contrações do trabalho é que o pelvis penetra na pequena bacia. Mas, examinando uma das fossas illiacas, ou acima do estreito superior, se encontra uma parte fétal volumosa e menos resistente que a extremidade cephalica, e acompanhada de pequenas partes; esta parte fétal é o pelvis. Depois se seguindo a palpação de baixo para cima, quando se chega ao fundo do utero, ou perto delle, percebemos uma parte arredon-

dada e regular que foge á pressão da mão. Esta parte é a extremidade cephalica, e a esta sensação de fugida pela pressão da mão, dá-se o nome de baloiço cephalico abdominal. Pinard dava grande importancia a dôr que ás vezes as mulheres sentem, quando se pratica o baloiço. Maurice e Puech dão pouco valor a esta dôr porquanto falta em 30 por 100.

Ha alguns factos que nos vem tornar o diagnostico embaraçoso, como sejam: havendo grande quantidade de liquido amniotico, podemos produzir o baloiço em outra parte fétal; pode a cabeça do féto estar occulta pelas falsas costellas ou pelo figado; neste caso só com muita difficuldade, seja calcando o féto, seja collocando a mulher do lado, podemos examinar a cabeça e produzir o baloiço.

Referindo-se a esta segunda difficuldade o professor Pinard assim se exprime: nestes casos é necessario mobilizar o féto, fazel-o evoluir lentamente calcando-o em sentido inverso nos dois polos, ou não agindo senão no polo inferior, se o superior é inaccessivel, de modo a fazer voltar a cabeça na linha media, ou bem ao contrario fazel-a descer um pouco mais para um dos lados. Em uma palavra, é precizo tornal-a mais superficial, e por isto mais accessivel, mais palpavel.

O que nos pode bem demonstrar que a cabeça está no fundo do útero é o sulco do pescoço. Pinard diz a respeito delle: para mim, o signal caracteristico, pathognomonico da presença da cabeça no fundo do utero é a verificação do sulco do pescoço.

Abaixo deste sulco encontramos um plano resistente que é o dorso.

Este exame de palpação deve ser praticado varias vezes para que nos certifiquemos do diagnostico.

Podem-se perceber as pequenas partes mas não tão facilmente como na apresentação do vertice.

Agora procuremos fazer o diagnostico de pelvis incompleto. Este diagnostico tem valor para as versões por manobras externas, porquanto sejam ellas faceis no pelvis completo, são difficeis no incompleto.

Pelo palpar encontramos um volume menor, menos irregular. Os membros inferiores estão em extensão ao longo do corpo, podendo se sentir os calcanhares perto da cabeça. Nesta variedade, modo das nadegas, o pelvis em virtude de sua forma, pode se encravar durante a gravidez, nas primiparas, e tendo a mulher as paredes abdominal e uterina resistentes, pode levar a um engano, e se julgar que é cabeça quando é pelvis. A presença das pequenas partes perturba se praticar o bailoço, e se houver oligo-amnios, podemos tomar por pelvis o que é cabeça. A descoberta da cabeça é o principal ponto para o diagnostico.

Depaul julgava que somente pela auscultação se poderia fazer o diagnostico de apresentação do pelvis, e dizia que nestes casos o foco estava ao nivel ou acima do umbigo. Ribemont—Dessaignes não dá importancia a auscultação para o diagnostico, e diz que o foco se deve encontrar alto, durante a gravidez emquanto não ha encravamento. Pinard, diz que em uma apresentação do pelvis não encravada, pode-se

ouvir o foco mais baixo que na apresentação do vertice, cujo encravamento não é muito accusado.

Para nós tambem o principal meio de pesquiza para o diagnostico durante a gravidez, é a palpação, quanto a auscultação, nos servirá para verificarmos se o féto está vivo ou não.

TOQUE

Se o fizermos durante a gravidez, ainda não havendo encravamento, encontra-se a excavação vasia e muito difficilmente poderemos alcançar a parte fétal. Ás vezes se encontra pequenas partes, mas não podemos garantir se estas vêm acompanhadas da cabeça.

Para facilitar um pouco o toque, podemos fazer com a outra mão apoiada no abdomen, o abaixamento da apresentação.

O toque nos offerece grandes informações, quando o praticamos durante o trabalho, e que as membranas já estão rasgadas; deste modo poderemos alcançar com o dedo todas as partes da apresentação, principalmente o coccyx que é o ponto de reparo da apresentação, o que se reconhece por ser cartilaginoso, duro e movel.

Quando introduzimos o dedo na vagina, e que alcançamos a apresentação, encontramos em primeiro logar a nadega anterior, que tem a forma de um tumor molle e arredondado, em seguida um sulco que é o sulco intergluteo, e finalmente com alguma diffi-

culdade encontramos outro tumor molle e tambem arredondado que é a nadega posterior.

Agora devemos procurar outras partes da apresentação, para que não nos confundamos e façamos diagnostico de face, pois que na apresentação do pelvis ha partes como sejam, as nadegas, o anus e o scrotum ou os grandes labios, que podem ser confundidos com partes da apresentação da face, como sejam, bochechas, bocca e globulos occulares com palpebras tumefeitas. Mas se para a apresentação da face nós temos o nariz e mesmo a bocca para reconhecel-a, temos na apresentação do pelvis, a crista sacra e o coccyx que nos assegura o diagnostico, e alem disto quando se trata de um pelvis completo, temos ainda os membros inferiores.

Se quando praticarmos o toque encontrarmos um pequeno membro, temos que reconhecel-o se é pé ou se é mão. O pé não está no mesmo eixo do membro e forma com elle um angulo, a mão está; os artelhos são curtos, todos no mesmo plano e unidos, os dedos são compridos, flexiveis, podendo se separarem facilmente, e o polegar é mais ou menos affastado. No pé encontramos tres saliencias, sendo duas quasi no mesmo plano, os malleolos, e uma inferior, o calcaneo. Ainda podemos estabelecer a differença entre a face plantar e a palmar que é concava.

Reconhecido que é um pé, precisamos saber se este é direito ou esquerdo. Se elle já está fora da vulva nada mais facil pela inspecção visual. Se elle ainda está na vagina, faremos o reconhecimento com a

mão do bordo interno do pé, pelos artelhos, e facilmente se reconhece porque o grande artelho está situado do mesmo lado que o bordo interno. Feito este reconhecimento procuramos estabelecer uma comparação entre o pé do féto e o nosso pé e faremos a distinção entre pé direito e esquerdo.

Quando ha o modo rarissimo dos joelhos, encontramos um tumor duro, arredondado, e subindo-se mais o dedo, encontraremos a perna e a coxa, e entre ellas uma prega.

Ao encontrarmos um membro inferior, antes de aprofundarmos mais o dedo, não podemos fazer o diagnostico de apresentação do pelvis, porque pode haver apresentação do vertice ou da face com procidencia de um membro.

O diagnostico de posição é facillimo logo que seja reconhecida a crista coccyx-sacra, e o lado para onde está voltada. Se está para a esquerda, é esquerda, podendo ser anterior se está em relação com a eminencia ileo-pectinea esquerda; posterior, se está em relação com a symphise sacro-illiaca esquerda, transversa se está entre estes dois pontos.

O mesmo se dá para o lado direito, assim é que temos, direita anterior, direita posterior e direita transversa, conforme a crista coccyx-sacra esteja em relação com a eminencia ileo-pectinea, com a symphise sacro-illiaca, ou com o ponto intermediario, do lado direito. Alem destas posições temos as posições: sacro-pubiana e sacro-sacra.

Quando se apresentam os pés, por meio delles

podemos fazer o diagnostico da posição, mas como nota Budin, sendo elles muito moveis, e terem soffrido uma rotação, podemos cahir em erro.

Quanto a auscultação, nas posições sacro-esquerda o foco se acha á esquerda do umbigo, nas sacro-direitas á direita.

Tratamos do diagnostico de posição a respeito do toque, mas como sabemos elle pode ser feito pela palpação.

Como acabamos de ver na apresentação do pelvis, como na da cabeça, ha quatro posições pertencentes aos diametros obliquos, duas ao transverso e duas ao antero-posterior.

CAPITULO II

MECANISMO DO PARTO

SABEMOS que qualquer que seja a apresentação o mecanismo é o mesmo. Wallich considera no parto pelo pelvis tres partos, que são: o do pelvis, o das espaduas e o da cabeça; a cada parto elle dá tres tempos, sendo no todo nove tempos. Fabre tambem considera do mesmo modo. Para elles os tres tempos de cada parto são: 1.º encravamento, 2.º descida e 3.º desencravamento. Puech adopta dez tempos, considera tres partos, e cada um com quatro tempos, sendo que para o parto das nadegas e para o parto das espaduas, o mecanismo é dissociado, para o parto das espaduas e para o parto da cabeça o mecanismo é associado, dois dos quatro tempos são solidarios.

Para Puech são estes os dez tempos do parto: 1.º accommodação do pelvis no estreito superior; 2.º descida do pelvis na bacia ossea, 3.º accommodação (pela rotação) do pelvis no estreito inferior; 4.º descida do pelvis atravez do estreito inferior e da bacia molle, ou desencravamento; 5.º accommodação das espaduas

no estreito superior; 6.º descida das espaduas na bacia ossea; 7.º accommodação (pela rotação) das espaduas no estreito inferior; 8.º descida das espaduas atravez do estreito e da bacia molle; 9.º accommodação (pela rotação) da cabeça no estreito inferior, accommodada e descida na bacia ossea durante o setimo e oitavo tempos do parto das espaduas (tempos solidarios); 10.º descida da cabeça atravez do estreito inferior e da bacia molle.

Esta divisão do parto do pelvis em tres partos é devida a P. Dubois. Pajot admitia cinco tempos, porquanto confundia a rotação e a expulsão como um só. Tarnier em 1865 desdobrou estes cinco tempos, e sua divisão em seis tempos é a adoptada hoje pela generalidade dos parteiros.

É esta a divisão que seguimos, é esta divisão que nos foi ensinada pelo nosso mestre Dr. Climerio Cardoso de Oliveira.

Estes seis tempos são divididos em tempos de accommodação e em tempos de avanço. Os de accommodação são: o 1.º, o 3.º e o 5.º os de avanço são: o 2.º, o 4.º e o 6.º.

Para maior facilidade e comprehensão tomamos como typo uma S. I. E. A.

1.º Tempo.—Dá-se neste tempo a diminuição do volume da apresentação, mas esta diminuição não é como nas outras apresentações. Aqui dá-se pela compressão das partes que constituem a apresentação. A diminuição é directa. A compressão dos membros inferiores do féto sobre o ventre, produz a sahida do

meconio. O que influe para se dar esta compressão é a contração uterina.

2.º *Tempo.* — O pelvis começa a descer, vai-se dar o encravamento. A nadega anterior penetra primeiro na escavação. No pelvis incompleto, os membros inferiores, ficando presos na area do estreito superior, o encravamento fica facil, mas a expulsão fica mais lenta e mais perigosa para o féto.

3.º *Tempo.* — Rotação. Neste tempo. na apresentação do pelvis, dá-se o contrario do que se dá nas apresentações do vertice e da face; nestas, o ponto de reparo fétal vem se pôr em relação com o pubis, emquanto que na apresentação do pelvis o ponto de reparo fétal desloca-se para traz e se vai pôr em relação com o extremo do diametro transverso da bacia, ficando o diametro bi-trochanteriano do féto em relação com o diametro antero-posterior da bacia.

4.º *Tempo.* — É neste tempo que commeça a apparecer na vulva a parte fétal, é chamado tempo do desencravamento.

A parte que primeiro aparece é a nadega anterior; emquanto esta fica sobre o perineo, a nadega posterior lucta com o coccyx. O perineo e a vulva ficam bastante destendidos, e a compressão exercida sobre o féto, produz o que se nota geralmente nos partos pelo pelvis, que é a sahida do meconio. Para que o féto possa sahir, elle soffre uma flexão lateral anterior. Dá-se em seguida a sahida dos pés, sahindo nos mais dos casos em primeiro logar o pé posterior, e em

segundo o pé anterior, continuando depois o féto a sahir.

Quando a apresentação do pelvis é incompleta, modo das nadegas, este tempo do parto dá-se mais demoradamente, é que o féto não pode facilmente soffrer a flexão devido aos dois membros inferiores que estão ao longo do corpo.

Depois da sahida do tronco, vai se dar a sahida das espaduas, o que se dá, sahindo em primeiro logar a espadua anterior e em seguida a posterior. Dá-se uma ligeira rotação externa do tronco de modo a vir o diametro bis-acromeal do féto ficar em relação com o diametro obliquo da bacia.

5.º *Tempo.*—Neste tempo dá-se o encravamento da cabeça; ella está na mesma direcção em que está o tronco do féto, e para que ella possa sahir, tem que fazer uma rotação, de modo que o occiput venha se pôr em relação com a symphise pubiana.

6.º *Tempo.*—Termina-se neste tempo o parto pela expulsão da cabeça. Tendo-se dado a rotação e a cabeça descido, o occiput apoia-se na symphise do pubis, e começa o desencravamento da cabeça, esta gira de modo a ficar a nuca como ponto de apoio, e vamos vendo, á medida que a cabeça vai sahindo, o mento, a bocca, o nariz, os olhos, finalmente o resto da cabeça.

Quanto aos diametros, é esta a ordem em que elles se apresentam na occasião da expulsão da cabeça: primeiro o sub-occipito-mentoniano, depois o sub-occipito-frontal e por ultimo o sub-occipito-

bregmatico. O primeiro destes diametros, mede na media treze centimetros, o segundo onze e o terceiro nove centimetros.

Quanto aos partos pelas outras posições poucas são as modificações que soffrem estes tempos que acabamos de estudar na S. I. E. A.

Na S. I. E. P. a descida e o encravamento tornam-se um pouco mais difficeis, por causa das pequenas partes fétaes estarem para diante. Feito isto dá-se o parto como na posição anterior.

Na S. I. D. A. o féto tem que se transformar em S. I. D. T. como se dá na S. I. E. A. que se transforma em S. I. E. T. Pelo que vemos nesta posição a unica differença que ha da S. I. E. A. é que esta roda para a esquéda e a S. I. D. A. roda para a direita, no mais tudo é igual.

Na S. I. D. P. a posição transforma-se em S. I. D. T., rodando de detraz para diante.

ANOMALIAS DO MECANISMO

Como diz Tarnier as anomalias na apresentação do pelvis, são mais frequentes do que se julga. Vamos estudal-as em cada um dos tempos para assim melhor comprehendermos. O excesso do volume da apresentação ou a deflexão dos membros inferiores, são causas destas anomalias.

1.º Tempo. — Tendo-se apresentado no estreito superior uma apresentação do pelvis completa, esta pode tornar-se incompleta pela deflexão de um dos

membros inferiores, e muitas vezes retarda a accommodação. Isto pode dar-se antes do começo do trabalho.

2.º Tempo—Pode a apresentação ser volumosa, e neste caso o utero se fatiga, porque somente por suas contracções não pode produzir o encravamento da apresentação. Esta falta de encravamento pelo excesso de volume dá-se tanto na apresentação completa como na incompleta, e quando se consegue dar, não que seja necessaria, a intervenção manual, ella é lenta, dolorosa e de grande risco para a vida do féto.

3.º Tempo.—Neste tempo temos que observar dois factos em relação ao féto: ou elle é muito pequeno e se desencrava sem que haja rotação, ou elle é muito volumoso, e alem disto as pequenas partes vêm impedir qualquer movimento de rotação.

Depois dos estudos de Potocki, Fritsch, Lashine, Budin, vemos que os pelvis incompletos é que estão mais sujeitos ás anomalias de rotação. É assim que elles podem seguir um caminho anormal e se transformarem em sacro-sacra ou sacro-pubiana, posições nas quaes os partos tornam-se difficeis.

4.º Tempo.—Não se tendo dado a rotação, o desencravamento pode ser mais ou menos difficil. O desencravamento dá-se obliquamente, ou a nadega anterior passa a linha media pelo excesso de rotação.

No pelvis completo o perineó fica tão destendido pela resistencia da bacia molle, que quasi sempre temos que intervir. No pelvis incompleto ainda mais difficil é, por causa dos membros inferiores que impedem a inclinação do tronco. Em uma sacro-sacra

ou em uma sacro-pubiana, o desencravamento se não é impossivel, é muito laborioso (Baudelocque).

Vem tambem difficultar este tempo a deflexão de um ou dos dois braços, quando se apresentam ao nivel do estreito superior.

5.º Tempo.—Este tempo pode ser difficultado pela falta de rotação da cabeça, ella ficar em transversa, difficultando a expulsão expontanea, ou o occiput ficar para traz, o que é commum nos fétos pequenos.

6.º Tempo.—Em consequencia das anomalias do 5.º tempo, é que se dão as anomalias deste tempo.

Quando o occiput está para traz temos que ver se a cabeça está flexionada ou se está deflexionada.

Se ha flexão, a nuca repousa sobre o perineo, e vemos apparecer successivamente, o mento, a face, a fronte, o bregma. Como vemos dá-se primeiramente o desencravamento da face.

Se ha deflexão, a região do mento se apoia atraz do pubis, e o desencravamento vai se dando segundo os diametros, S. M. O., S. M. B., S. M. F., sahindo deste modo em ultimo logar o mento.

PHENOMENOS PLASTICOS

As partes que soffrem mais estes phenomenos são o tronco e o craneo. Estes phenomenos têm sido bem estudados por Hecher, Fritsch, Kustner, Bonnaire e Schwab, P. Bar.

Os malleolos e os calcanhares, pela compressão produzem marcas mais ou menos profundas naquellas

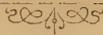
partes. Podemos encontrar pés-tortos, mas estes podem ser corrigidos por massagem, salvo os casos onde ha oligo-hydramnios. Bar cita casos de luxação congenita da anca.

A compressão soffrida pelo craneo exercida pelo canal pelvi-genital, pode produzir deformações, como seja a brachycephalia, em que a compressão é exercida sobre o occipital, sobre o frontal, temporaes e parietaes, dando uma forma regular. Sobre isto chama a attenção Spiegelberg: Esta deformação pode ser no parietal anterior, como mostraram Bar e Bonnaire. Estas compressões soffridas na gravidez e no parto, pela cabeça, podem ser pelo fundo do utero, por causa da pequena quantidade de liquido amniotico.

A brachycephalia apresenta quasi sempre uma forma asymetrica. Pode-se tambem, mas raramente, encontrar a dolichocephalia assignalada por Hecher, que é o achatamento na parte posterior, podendo ser asymetrica.

A orelha do féto pode ser deslocada pela pressão exercida pelo braço de encontro a ella. Varnier cita dois casos onde a pressão sobre a região parotidiana era tão forte que os fétos nasceram com paralysia facial peripherica.

A bossa sero-sanguinea, é encontrada ordinariamente na nadega anterior, mas pode ser na posterior, no sacro ou na parte inferior do abdomen, dependendo da inclinação do pelvis. O scrotum soffrendo uma infiltração sero-sanguinea, torna-se

mais volumoso e de côr ecchymotica. Nos fétos femininos os grandes labios, tambem podem ficar tumefeitos e ecchymosados. Os pés e os joelhos, tambem podem ficar edematosos e ecchymosados.

CAPITULO III

DA CONDUCTA QUE DEVEMOS TER NAS APRESENTAÇÕES DO PELVIS

TEMOS que encarar este ponto sob duas condições, que são: durante a gravidez e durante o parto.

Durante a gravidez.—Pelo que vemos é de grande gravidade para o féto a apresentação do pelvis pelo que vem logo ao espirito do parteiro ao fazer um diagnosto desta apresentação, transformal-a por meio da versão por manobras externas, em apresentação do vertice.

Este meio de transformação da apresentação, que iniciado por Wigand, em 1807 na França por Stoltz, F. J. Herrgott, em 1839 por Bumm e L. S. Hubert em 1843, e principalmente por Mattai, publicando em 1855 o trabalho «sobre a reducção e a versão cephalica operada atravez das paredes abdominaes antes da ruptura das aguas», e depois por Pinard, tem soffrido muitas contestações, e entre os contrarios encontramos Pajot, que dizia, que difficil, senão impossivel, sempre perigosa nas primiparas e inuteis nas multiparas.

Hoje em vista das observações, todos os parteiros estão de accordo em fazel-a, principalmente nas primiparas. e nos casos em que o féto se apresenta em modo das nadegas.

Para praticarmos a versão por manobras externas, temos que tomar as mesmas precauções que tomamos quando praticamos o palpar abdominal: a mulher collocada no decupitos dorsal e horizontal, a cabeça em um travesseiro baixo, os braços ao longo do corpo, os membros inferiores estirados e ligeiramente afastados. A mulher deve ter o recto e a bexiga vasios. O operador pode se collocar de um ou do outro lado do leito, e praticar a operação exercendo pressões leves e methodicas.

M. Pierra (Paris) tem empregado a posição de Trendelenburg para praticar a versão por manobras externas, mas como esta posição é mal suportada pelas mulheres gravidas elle a modificou. Colloca o pelvis em posição de Trendelenburg, mas levanta o dorso de modo que o alto do tronco seja horizontal e a cabeça recta. Esta posição é commoda para praticar a versão por manobras externas: a doente respira facilmente e o parteiro não é perturbado nem por contrações musculares, nem por massa das visceras.

Mattai aconselhava levantar a bacia da mulher com um travesseiro, e Pinard prefere mandar um ajudante introduzir dois dedos na vagina e o operador calcar brandamente o féto.

A versão por manobras externas comprehende

dois tempos que são: 1.º a mobilisação do féto, 2.º a evolução ou mutação.

Mobilisação.—Para praticarmos a versão por manobras externas ha um facto que a torna mais facil ou mais difficil, e este facto é o de ser a mulher primipara ou multipara, nestas com maior rasão de ser, em vista das paredes do utero serem mais flacidas, tornar-se-á mais facil a versão por manobras externas, emquanto que naquellas não, porquanto as paredes do utero estão mais fortes, pois que não soffreram o esforço produzido por gravidezes anteriores.

Ha casos em que podemos facilmente praticar a versão por manobras externas, nestes casos o operador colloca as mãos ao lado da linha media, e calcando-as de modo que os dedos possam se collocar entre a bacia e o pelvis do fèto, commeça a fazer movimentos moderados, de modo a calcar o féto de baixo para cima e para uma das fossas illiacas.

Depois de feito isto, e que está mobilisado o pelvis do féto, firmada esta parte com uma mão, com a outra procuramos mobilisar a cabeça do féto, que se acha por debaixo das falsas costellas e sob o figado.

Mobilisados os dois polos fétaes, commeçamos a fazer movimentos lentos de modo a levar o pelvis para cima e a cabeça para baixo pelo caminho mais curto.

É a esta segunda phase, que acabamos de descrever, que chamamos tempo de mutação.

Ha casos em que a versão por manobras externas torna-se tão demorada, que o parteiro deve ser

paciente, e mesmo administrar chloroformio á parturiente.

Mas nem sempre podemos praticar a versão por manobras externas, porque causas importantes vêm tornal-a impossivel de ser praticada, pelo que estas causas são verdadeiras contra-indicações. Tarnier aconselha nunca se praticar a versão por manobras externas, em casos especiaes de hyperesthesia, ou quando ha nevralgias dos ramos cutaneos do plexus lombar. É bem verdade que nestes casos podemos fazer a versão por manobras externas, mas é necessario o emprego de anesthesicos. No modo das nadegas, quando ha encravamento, não podemos praticar a versão por manobras externas, a não ser que recalquemos o pelvis do féto com uma das mãos introduzida na vagina. Este meio foi indicado por Maygrier, Loviot, Pinard que reconhecem mesmo haver perigo em procedel-o, e neste caso é melhor não o praticarmos. Varnier diz que o pelvis incompleto, modo das nadegas, não se encrava durante a gravidez.

Se o utero estiver virado para diante da symphise do pubis, se houver tumores uterinos ou mal formações uterinas, tambem não podemos praticar a versão por manobras externas.

Se praticarmos a versão por manobras externas em uma primipara no fim do oitavo mez, ou em uma multipara no meio do nono mez, é uma operação inutil. Quando ha tenacidade do annel de Bandl e do seguimento inferior; pequena quantidade de liquido amniotico; féto morto ou macerado, e nas gravidezes

gemillares, são tambem contra indicações para a versão por manobras externas.

Lefour e Budin chamaram a attenção tambem como contra-indicação, o encurtamento natural ou accidental do cordão.

Não achamos razão n'esta contra-indicação lembrada por Lefour e Budin, porquanto não podemos fazer o diagnostico do encurtamento do cordão achando-se o féto ainda no utero.

Durante o trabalho —Podemos praticar a versão por manobras externas durante o trabalho, mas é necessario que as membranas ainda não se tenham rompido, e que a dilatação não esteja muito adiantada, mas esta operação é muito perigoza, porque podemos tornar o parto mais difficil pela substituição da apresentação do pelvis pela apresentação da espadua, em vez da apresentação do vertice como desejavamos. Pelo que acabamos de ver, nunca devemos praticar a versão por manobras externas, estando as membranas rotas.

Já sabemos que quando vamos praticar um parto devemos estabelecer todas as condições hygienicas de asepcia, como sejam: desinfecção das mãos do parteiro, desinfecção dos orgãos genitaes externos, e da vagina, panos, algodão, fios de seda e catgut, ferros e mesmo o proprio leito, tudo desinfectado, alem disto devemos ter prompto agua esterilisada quente e fria, insuflador, cognac, para n'um caso de morte aparente do féto (o que é commum nos partos das apresentações do pelvis) podermos reanimal-o.

Tambem devemos ficar em guarda para algum accidente que possa vir á mulher, principalmente contra as hemorrhagias, e por isto devemos ter prompto, agua quente e ergotina, devendo-se só administrar esta quando o utero estiver completamente vasio.

Além disto devemos ter á mão ampôlas de ether, cafeina, oleo camphorado, para algum caso de vertigem ou de syncope.

A não ser que o féto ou a mulher corram perigo devemos seguir a regra estabelecida, de deixar ás forças da natureza a expulsão do pelvis e do tronco e de intervir somente para facilitar a sahida da cabeça. A expulsão desta é muito lenta e perigosa para o féto.

Não devemos proceder a toques muito repetidos, e conservaremos a mulher no leito. Depois de completa a dilatação e que a apresentação se encrava, podemos em caso de necessidade, proceder a ruptura das membranas. E logo que percebemos a apresentação na vulva, collocaremos a parturiente em posição obstetrica, e em frente a vulva esperamos que as ancas saiam naturalmente, ou procederemos o desencravamento de um dos membros inferiores. Devemos de vez em quando auscultar o coração fétal, para sabermos se o féto soffre ou está em bôas condições.

Sahido o pelvis, o amparamos com uma mão, e esperamos a sahida do tronco, sem fazermos esforço sobre o féto. Não necessitaremos mais de estar com auscultações.

Com a mão que sustentamos o féto pelo ventre, á

proporção que este vai sahindo, procuramos o umbigo, e encontrado este, puchamos um pouco o cordão para fazermos uma *ance* fluctuante no exterior. Deste modo se evita que a sahida brusca do tronco, fazendo esforço sobre o cordão, produza a ruptura deste ou o descolamento da placenta, ou ainda a estrangulação do féto se houver circulares.

Devemos nesta phase seguir o conselho de Mme Lachapelle: «O parteiro deve evitar ceder á impaciencia natural que se experimenta muitas vezes em taes casos, e resistir a tentação de agir que excita naturalmente a facilidade aparente offerecida pela disposição das partes fétaes. Deve com cuidado e lentidão, receber e dirigir o féto expulso pelo utero, primeiro do que extrahir».

Deve-se seguir este conselho porque se puxarmos o féto, vamos fazer a suspensão dos braços e deflexionar a cabeça, e mesmo pela acção das mãos sobre o féto este poderá abrindo a bocca inspirar liquido amniotico.

Sahido o tronco e com elle os braços, fica somente para sahir a cabeça, e é agora que o parteiro tem de intervir, e esta intervenção é feita por meio da manobra de Mauriceau, tambem chamada manobra de Veit—Maureceau — Smellie.

É feita do seguinte modo esta manobra: colloca-se o féto montado no ante-braço da mão que o sustem pelo ventre, correspondendo este a face palmar da mão, (ventre a esquerda da mulher, mão direita; ventre a direita da mulher, mão esquerda, não sendo

indifferente, como se vê, a escolha da mão), agora escorregando-se com a mão por baixo do féto, penetra-se na vagina, até encontrar a bocca do féto, e nella se introduz os dedos index e medio da mão. A bocca está para um lado, pois ainda não se deu toda a rotação. E logo que na cavidade da bacia só exista a cabeça, devemos intervir immediatamente, de modo que os dedos vão encontrar a bocca de um lado da bacia, e não na concavidade do sacro.

Com a outra mão, tambem com o index e o medio, abraçamos a nuca. Emquanto que a mão que tem os dedos na bocca do féto, completa a flexão, a descida, faz a rotação e leva o mento para o coccyx, afim de se dar o desencravamento, a outra mão que se acha apoiada sobre a nuca, vai ajudando este movimento.

Feito isto commeçaremos a puchar o féto com uma mão pela bocca, e com outra pelas espaduas, até que a nuca fique fixa sob a arcada pubiana e sirva de ponto de apoio para o movimento que vamos dar ao féto. Vai-se levantando o féto de modo que o dorso deste venha repousar sobre o ventre da mulher, porque se deixassemos o féto horizontalmente, o mento de encronfro ao externo não permitiria a evolução da cabeça.

Faremos com a mão que se acha com dedos na bocca do féto mais esforço do que com a que se acha na nuca. Livre a fronte do coccyx, entra na bacia molle, e temos que tiral-a do annel vulvar. Vai-se levantando, o féto, e vemos que vai apparecendo, o mento, a fronte e finalmente o bregma: a cabeça

acha-se fora dos orgãos genitaes e o féto repousado no ventre da mulher, e deste modo, como acabamos de ver, terminada a expulsão fétal.

Alem da manobra de Mauriceau, temos ainda para a extração da cabeça a manobra de Wigand—Martin—Winchel, que é aconselhada para os casos em que ha extreitamento da bacia. Ella se differencia da de Mauriceau, porque em vez de dois dedos que introduzimos na bocca do féto, introduzimos quatro, e alem disto, ajudamos o encravamento, fazendo pressão sobre a cabeça atravez da parede abdominal.

Esta parte em que ajudamos o encravamento com as duas mãos, é uma especie de manobra combinada, ou manobra de Braxton—Hicks.

Quando ha augmento do desenvolvimento da cabeça fétal, podemos praticar certas operações de que mais adiante falaremos.

Durante todos estes trabalhos devemos velar para que não se dê ruptura do perinéo.

Quando as contrações são fracas, podemos ajudar o trabalho, mandando que um ajudante calque a cabeça do féto, atravez da parede abdominal.

Muitas vezes temos que intervir, antes que se dê a expulsão do pelvis e do tronco, nos casos de hemorrhagia, de eclampsia, ou de perturbações da circulação inter-utero-placentaria, por exemplo.

Nunca devemos praticar estas intervenções, chamadas por Tracção Podalica, sem que o orificio uterino esteja dilatado.

É um caso de pelvis incompleto, modo das

nadegas, ou mesmo um pelvis completo, mas que na occasião da descida, os membros inferiores se levantam, tornando-o assim em um modo das nadegas. Temos que introduzir a mão para irmos procurar um pé, e por meio delle fazermos tracção.

Nesta operação o que temos em vista, e o que nos é mais importante, é em primeiro logar a escolha do pé, e em segundo o mecanismo do encravamento no estreito superior.

Reconhecida a posição do féto pelo toque, vamos proceder a tiragem do pé, o qual deve ser o que se denomina pé bom. Dos pés o que denominamos bom e que devemos escolher é sempre o anterior, porque se fizermos a tracção pelo pé posterior, fariamos a nadega anterior vir de encontro ao pubis, e assim tornar-se impossivel a tirada do féto.

É bem verdade que tendo-se puxado o pé posterior ou pé mau, podemos por meio delle fazer a tracção, mas para fazel-a temos que obrigar o féto a fazer uma grande rotação, de modo que o pé mau transforme-se em pé bom ou anterior.

A tracção feita por meio de um pé, traz a grande vantagem de não diminuindo o volume da apresentação, esta vir augmentando a largura do canal e deste modo quando se der a expulsão das espaduas ou da cabeça, será com mais facilidade.

Não nos é indifferente qual a mão que devemos introduzir para a tiragem do pé, deste modo seguiremos a formula estabelecida, que serve para se saber qual a mão a introduzir, e qual o pé a puxar :

Nas sacro-esquerdas, mão esquerda, pé esquerdo.
Nas sacro-direitas, mão direita, pé direito.

Já sabemos que temos de dispôr a nossa mão em forma de cone, o que se consegue juntando os dedos, para introduzil-a na vagina, e para que mais facilmente se dê a introducção a lubrificamos com vaselina esterilisada, com sabão liquido ou mesmo em uma solução de lysol.

Quando temos introduzido a mão, e encontramos os dois pés, e queremos puxal-os juntamente, os seguramos com tres dedos, o index, o polegar, e o medio, ficando o index entre as duas pernas, e acima dos malleolos. Mas quando só encontramos um, o seguramos acima dos malleolos com os dedos index e medio.

Se este pé que temos aprehendido e trasido para fora é o mau, isto é o posterior, em vez de transformal-o em bom, por meio de uma rotação, como acima falamos, devemos amarral-o com um laço, e em seguida seguindo com a mão pelo seu lado interno, ir buscar o pé bom, que como sabemos é o anterior.

Quando temos trasido para fora, ao mesmo tempo os dois pés, seguramos o esquerdo com a mão esquerda, o direito com a mão direita, e temos que ir auxiliando o encravamento e descida, como se se desse um parto natural.

E logo que o féto se ache no diametro antero-posterior do estreito inferior, começaremos a puxal-o' o que se faz quasi que só pelo membro anterior, e com movimentos dirigidos para baixo e para traz, e

logo que vemos apparecer na abertura vulvar o trochanter anterior, ahi o manteremos, e sabemos então que o pelvis já está no fundo da bacia, bem orientado, em sacro-transversa, e que então se vai dar o encravamento no estreito inferior.

Continuamos a tracção do féto, mas desta vez no membro posterior, que é para dar-se o encravamento no estreito superior, de sua anca, e logo que esta tenha passado o coccyx, e por conseguinte esteja na bacia molle, vamos fazendo-a aproximar-se da furcheta vulvar, e nesta occasião devemos ter grande cuidado com o perinéo, pois elle acha-se muito destendido e forçado pelo trochanter posterior. Vamos em seguida levantando o féto até que se dê a sahida da circumferencia trochanteriana.

Se temos trasido para fora somente um pé, puxamos lentamente para baixo e para traz, e quando tenha apparecido a anca anterior na abertura vulvar, vamos fazer com que se dê o encravamento da anca posterior na bacia molle, o que se faz por movimento horizontal; depois levantamos para que ella saia da furcheta vulvar.

Mas se em vez do pé bom, como no caso acima figurado, nós temos o pé mau, a extração vai-se tornar mais difficil, a não ser que o transformemos em pé bom. Temos que fazer principalmente tracção para baixo e para traz, pois que deste modo iremos impedir que a nadega anterior se colloque acima ou atraz do pubis, o que tornaria quasi que impossivel a extração.

Pode vir um facto muito nos auxiliar e este é que pode dar-se sob a influencia das contrações, uma rotação, o que nós devemos ajudar, acompanhando a direcção para qual ella tende a dar-se, e quando terminada esta, o pé que era mau se acha transformado em bom, isto é, de posterior transformou-se em anterior, e deste modo se tornará facil a extração do féto.

Para procedermos a extração, devemos segurar o féto pelas pernas e nunca pelo abdomen, pois que podiamos produzir lesões graves nas visceras, principalmente no figado, que, como sabemos, no féto, occupa quasi que metade da cavidade abdominal, indo para direita até alguns milimetros da crista iliaca.

Sahido o pelvis, procuramos como já dissemos em outra parte fazer a *anse* do cordão, e caso este seja muito curto, collocaremos pinças hemostaticas e procederemos a secção, impedindo deste modo a tracção sobre a placenta.

Temos agora que proceder para que se dê a sahida das espaduas, o que se dá as vezes facilmente, bastando baixar o féto lentamente de modo que a espadua anterior se encrave a baixo da symphise, e podemos nos certificar disso praticando o toque. Restanos fazer com que se dê a sahida da espadua posterior, e obteremos isto, levantando o tronco, e logo que ella saia, o abaixaremos de novo para se dar a sahida da espadua anterior que se achava encravada como acima dissemos.

Mas muitas vezes esta extração torna-se difficil, e tanto peior se é em um caso em que temos de o mais depressa possivel retirar o féto para que este não succumba.

Pode as contrações uterinas não ajudarem o parteiro, ou os braços tendo se estendido ao longo da cabeça, e se achando entre esta e a bacia, impedirem a descida do féto.

Nestes casos qualquer tracção que fizermos virá cada vez mais nos difficultar o resultado, produzindo deflexão da cabeça ou mesmo fractura dos membros.

Temos então que proceder ao abaixamento dos braços. Começaremos pelo braço que nos é mais accessivel, e este é quasi sempre o posterior. Emquanto que com uma das mãos procuramos o braço, com a outra levantamos um pouco o féto, para que assim se dê mais facilmente a introducção da mão que vai buscar o braço. É na prega do cotovelo que vamos apoiar o dedo e desse modo fazer o braço vir para o exterior.

Feito isto abaixamos o féto, introduzimos a mão pelo lado anterior, e iremos tambem a procura da prega do cotovelo do braço anterior, e então com algum esforço consiguiremos que o braço anterior tambem venha para fora.

Extrahidas deste modo as espaduas, só nos resta a cabeça, que será extrahida pela manobra de Mauriceau, que mais atraz já descrevemos.

Podemos encontrar uma apresentação do pelvis incompleta, modo das nadegas, que esta ainda não

esteja encravada, e termos que intervir para a extração do féto, e deste modo vamos transformar este modo das nadegas em modo dos pés, para que mais facilmente possamos fazer a extracção.

Era nestes casos que M^me Lachapelle introduzia a mão no utero e ia buscar o pelvis no estreito superior, para encraval-o, o que pode ser ajudado com a outra mão fazendo-se pressão sobre o ventre, e então ella fazia com os dedos uma especie de gancho e introduzia na verilha anterior, para fazer extracção do pé. Este modo de proceder na maioria dos casos é impossivel.

Barnes, Mauriceau e De la Motte, introduziam a mão até o fundo do utero, para buscar o féto. Isto é um pouco difficil, senão impossivel, e actualmente sabemos, que nos basta chegar com os dedos até a cavidade plopitea, para fazermos a extração do membro, que, como sabemos preferimos o anterior.

Introduzimos a mão nos orgãos-genitaes, a face palmar voltada para a face ventral do féto, e logo que sentimos que as extremidades de nossos dedos index e medio se acham na cavidade do jarrete, forçamos a coxa a fazer abducção e a flexionar até o maximo. Agora então que os musculos ischio-tibiaes se acham encurtados, faremos um gancho com os dedos medio e index e abaixaremos o pé até a vulva. É este o conselho preconisado por Pinard, e o que dá melhor resultado.

Bonnaire aconselha não se fazer o abaixamento total do pé, mas o melhor é fazel-o, a não ser que o

orificio uterino não esteja completamente dilatado. A este abaixamento, denominamos *abaixamento prophylactico.*

Para a extracção das nadegas, ou melhor para se transformar o modo das nadegas em modo dos pés, que é para melhor se dar o parto, podemos intervir ou por meio das mãos ou por meio de instrumentos.

Já tratamos de uma parte das intervenções por meio das mãos, que foi o abaixamento prophylactico, deixamos os outros meios para outro capitulo.

CAPITULO IV

TRACÇÕES INGUINAES

TEMOS um caso em que ha uma apresentação do pelvis, incompleta, modo das nadegas, e logo vemos que os membros inferiores se acham levantados ao longo do tronco, e se houver encravamento na escavação, os pés, tornam-se inaccessiveis ao operador. Esta attitude pode ser primitiva ou secundaria.

É em um caso como este que figuramos, que temos de intervir por meio das tracções inguinaes.

Pelo que acabamos de ver somente haverá um ponto pelo qual podemos fazer a tracção, este é a prega da verilha, porquanto acima d'ahi não podemos levar a mão; pois que o féto que se acha com a circumferencia bi-trochanteriana no estreito superior, não permite a passagem.

É com a mão que temos de intervir nestes casos, e como provou Mme Lachapelle, ella é melhor do que o gancho, do que o laço ou do que o forceps, e soube muito bem dizer Viardel, que «a mão é o mais bello e mais util de todos os instrumentos que o parteiro possue».

Temos que fazer, e sempre por meio das pregas da flexão femoral, o abaixamento da anca anterior ao maximo, fixal-a, mobilisal-a, e em seguida procurar encravar e desencravar a anca posterior.

Para o abaixamento e manutenção da anca anterior, introduzimos o dedo, estando a palma da mão olhando o dorso do féto, e quando o index se acha entre o femur e o bordo anterior do osso illiaco, fazemos tracção para baixo. Substituimos a mão, mantemos a parte aprehendida e vamos fazer o abaixamento da anca posterior. Quando contornando o flanco do féto, podemos introduzir o dedo index na prega da verilha, puchamos um pouco horizontalmente, a nadega posterior vem para diante, e deste modo dá-se a encravação e a passagem do estreito coccyx-pubiano, acompanhado do grande trochanter.

Achando-se o pelvis na bacia molle, puxamos ainda um pouco pela verilha posterior, acompanhando a via materna, e logo que se ache o pelvis no annel vulvar, faremos tracção pelas duas verilhas, e quando podemos tirar as pernas, o resto se dará nas condições ordinarias.

Gampert dizia que a tracção inguinal produzia a fractura do femur, mas, felizmente, isto é muito raro.

Alem do encravamento das nadegas pode impossibilitar o abaixamento do pé, uma rigidez da articulação tibio-femoral, como lembrou Lefour, e Riviére, ou uma retracção do annel de Bandl, apertando os membros inferiores de encontro ao tronco.

Para os casos em que o pelvis está muito elevado na escavação, pelo que torna impraticavel a tracção inguinal, Puech aconselha o *enganchamento bi-digital* da virilha anterior.

É este o seu methodo: o index direito nas sacro-esquerdas, o index esquerdo nas sacro-direitas, é metido entre o pubis e a nadega anterior, até que a sua extremidade passe um pouco a prega da verilha; depois o index da outra mão escorrega no sulco inter-crural, onde se o calca profundamente, afim de que sua extremidade attinja a prega inguinal. Por cima desta ultima, as extremidades recurvadas dos dois index vão ao encontro uma da outra e se unem energicamente formando uma *anse* digital que abraça a raiz da coxa.

Underhill aconselha que se introduza a mão na vagina e com as extremidades dos dedos applicados nas cristas illiacas do féto, se faça a tracção.

Alem destes meios nós temos ainda duas manobras, mas que desde já diremos que devem ser rejeitadas, pelo risco que podem produzir; ellas são: Manobra de Ritgen, na qual introduzimos dois dedos no anus da mulher e atravez da parede recto-vaginal, calcamos o pelvis do féto para o orificio vulvar; Manobra bi-rectal de Bitot, que se differencia da primeira, porque alem dos dedos introduzidos no anus da mulher, tambem introduzimos um dedo no anus do féto, e por meio delle fazemos a tracção.

Tentou-se substituir a mão pelo gancho metal-

lico, e pensaram deste modo Smellie, Rœderer e Levret, mas se em alguns casos elle nos presta serviços, é necessario ter-se grande cuidado em applical-o, para não irmos produzir lesões no féto, como sejam fracturas do femur ou da bacia, ou mesmo contusões nos orgãos genitaes da mulher.

Em varios auctores encontramos citações de accidentes produzidos pelo gancho, assim é que Belluzi cita o caso de uma ruptura do ramo horizontal do pubis; Bar viu produzir-se a fractura do femur, complicada com uma ferida profunda da verilha e ruptura da arteria femoral, o que produziu uma hemorrhagia mortal; Goulard cita casos de perfuração da parede abdominal de fétos.

Já sabemos que quando applicamos um gancho (o mais conhecido é o de Braun) o lado livre fica voltado para a bacia do féto.

Alem do gancho temos o laço que tambem é collocado na verilha anterior. O melhor meio de collocal-o é com a mão, mas ha os porta-laços, de Werbecker—Sternfeld, o de Oliveira, o de Bar, o de Remy, e o de Warich.

O laço tambem pode produzir feridas, e mesmo fractura do femur. Bar cita o caso de um menino que morreu de uma ferida gangrenosa, devido a um laço. E em vista do esforço que produz a tracção do laço sobre o femur só o devemos empregar nas sacro-anteriores.

Ha tambem o *tractor do pelvis*, imaginado por

Narich (de Smyrna), no qual encontramos reunidos o gancho e o laço.

Forceps—Foi pela primeira vez empregado nas apresentações do pelvis, em caso de encravamento das nadegas, no seculo XVIII, por Stein, Levret, Bertrandi. O seu emprego foi muito combatido por Baudelocque e Mme Lachapelle, mas de novo o vemos adoptado em França por Dubois, Stoltz, Jacquemier e Tarnier, na Allemanha por Kûstner e na Italia por Belluzi.

Podemos empregar o forceps nas sacro-posteriores, e evitaremos ou melhor não applicaremos nas sacro-anteriores, porque vamos produzir lesões graves nas visceras contidas no abdomen do féto, e nos ossos da bacia, produzidas pela compressão das colheres do forceps. O forceps deve ser applicado sobre as coxas.

Tarnier aconselha o emprego do forceps, ajudado pelo laço.

Podemos tambem empregar no pelvis o *craneoclasto* e o *basiotribo*, mas se tratando de féto morto.

EXTRAÇÃO DA CABEÇA RETIDA NO ESTREITO SUPERIOR

Pode dar-se que o parteiro se veja embaraçado não mais pelo pelvis e pelo tronco, mas sim pela cabeça que ficou no estreito superior, podendo a causa desta retenção ser devido a estreitamento da bacia ou a desenvolvimento da cabeça. Para a extração da cabeça em casos destes, temos varios meios.

Temos a manobra de Champetier de Ribes, na qual o parteiro necessita de auxiliares.

Com uma mão o parteiro procura introduzir dois dedos na bocca do féto, como na manobra de Mauriceau, e procura puxando o mento para traz fazer uma rotação, e fazendo o maior esforço possivel no maxillar produz a flexão.

Esta flexão é ajudada por um auxiliar que calca a fronte do féto com as duas mãos, atravez da parede abdominal. E logo que se suppõe feito o encravamento, o parteiro colloca a mão livre na nuca do féto, ainda como na manobra de Mauriceau, e começa a tracção, o primeiro auxiliar continua a calcar a fronte, emquanto que um segundo auxiliar agarra os pés. Os tres pucham para frente até o encravamento da bossa parietal posterior, e conseguido, começam a fazer tracção para traz, para encravar a bossa anterior. E quando isto se dá, está terminada a manobra.

Farabeuf e Varnier aconselham nos casos em que esta manobra não seja possivel, para salvarmos a vida do féto, procedermos uma symphyseotomia rapida.

Se se tratar de um féto morto, tanto melhor e tanto mais facil, porque podemos praticar sobre elles certas operações, tornando assim mais facil a extração. Abaixo damos as operações e os pontos aconselhados por diversos parteiros para praticai-as.

Craneotomia.—Crouzat aconselha se fazer no occipital, na visinhança da bossa, ao nivel ou perto da

roldana fibro cartilaginosa. Este ponto é bom, mas é muitas vezes inaccessivel.

Bar nos indica um bom local, que é ao lado da cabeça, abaixo e para traz da orelha anterior, destruindo o rochedo.

Na região sub-hyoidiana, atravessando a apophyse bazilar do occipital. Commandeur aconselha fazer com thesoura uma secção na face anterior do rachis, e descollamento até a base do craneo, de todas as partes molles pre-vertebraes.

Pela bocca ou pela região sub-hyoidiana (abbobada palatina) rebentando o esphenoide.

Bonnaire e Garipuy, aconselham as partes lateraes do pescoço ao longo da columna vertebral attingindo a base do craneo ao nivel da roldana de Budin e destruindo a parte posterior do buraco occipital.

Qualquer destes processos é ajudado pela tracção sobre o corpo do féto e pela expressão abdominal, para a extração fétal.

Aqui citamos uma observação de um caso de craneotomia em apresentação do pelvis, feita na Maternidade Climerio de Oliveira, a qual não entra no numero das observações feitas até Julho de 1911, e que mais adiante citaremos.

E. M. C., entrou em trabalho a 5 de Outubro, trazendo o sacco rôto e dilatação muito pequena. Gravidez de 7.º mez. Foi internada no pavilhão 4. Feito o exame verificou-se tratar-se de apresentação pelvica incompleta, modo das nadegas. O colo achava-se desviado para a direita, e havia prolapso da

vagina e do utero. Foi feita pelo professor Climerio de Oliveira, a extração do féto, que foi do seguinte modo: pernas e braços tirados a gancho de Braun e a dedo; cabeça, procedeu-se a craneotomia pela abbobada palatina, terminando o parto pela manobra de Mauriceau. Féto morto, do sexo feminino. O delivramento deu-se expontaneamente.

Craneoclasia—É do seguinte modo que nos aconselha o professor Auvard, para praticarmos esta operação: é preciso perfurar tanto quanto possivel, ao nivel da abbobada palatina, visando a sela turcica; o ramo macho é introduzido no craneo, o outro ramo é collocado na face. Se encravará a cabeça obliquamente para a descida na excavação e para o desencravamento no estreito inferior se dirigirá, ao contrario, a face para traz.

Basiotripsia.—Nesta operação nos difficulta um pouco a presença do tronco e do pescoço, de modo que é com algum trabalho que podemos applicar o basiotribo.

Podemos rebentar a cabeça ou na direcção do diametro occipito-frontal, se ella está flexionada, ou na do diametro obliquo (mastoide-malar). Fazemos a perfuração ou nas partes lateraes do craneo, perto da orelha, na apophyse basilar do occipital, ou pela abobada palatina, ou pela região sub-hyoidianna.

Pode-se depois do primeiro rebentamento fazer-se a extração, com um craneoclasto. Maygrier aconselha, para melhor se poder applicar o segundo ramo, fazer-se depois do primeiro rebentamento uma secção

do pescoço do féto. Bar preconisa «uma incisão em Λ que partindo de uma axilla vá a columna vertebral, e desça para a axilla opposta». Os braços permitem assim a fixação do tronco.

Forceps.—Podemos extrahir a cabeça por meio do forceps, mas somente quando não podermos praticar a manobra de Mauriceau, ou outras manobras aconselhadas e de que já fallamos.

A não ser que o féto tenha o mento voltado para diante, introdusimos o forceps pelo seu plano esternal. Quando a face olha para traz e feita a applicação do forceps, julgamos estar a cabeça em flexão, puxamos para diante e depois para cima; se a face olha para cima, fazemos a tracção para baixo e um pouco para traz. Já sabemos que neste ultimo caso não é pelo plano esternal que devemos levar o forceps, e sim pelo plano dorsal, como nos aconselha M. Grynfelt.

Devemos ter cuidado nesta applicação de forceps, porque podemos ir produzir lesões na face, e até desarticular o maxillar inferior, como no caso apresentado por Tessier á Sociedade Obstetrica de Paris em 1911.

Nos casos em que se tenha feito secção do pescoço e a cabeça ficado só no utero, podemos tiral-a com o forceps, mas o melhor meio é o aconselhado pelo professor Pajot, que consiste em introduzir no buraco occipital uma pequena haste, no meio da qual é fixado um cordão.

J. D.

CAPITULO V

NOVO METHODO DE EXTRAÇÃO NAS APRESENTAÇÕES PELVICAS

O Dr. G. Rossier, professor de Clinica Obstetrica na Universidade de Lausanne, apresenta um novo methodo de extração das apresentações pelvicas, que principalmente funda-se sobre o encravamento das espaduas no estreito superior, extração indicada em 1701 por Deventer e estudada por A. Mueller de Munich.

O professor Rossier diz que é necessario pensar no modo do encravamento das espaduas no estreito superior, que devem penetrar em seu maior diametro, o transverso, depois ajudando-se por meio do tronco do féto, é preciso favorecer a sua descida em um dos diametros obliquos, e finalmente mantendo o dorso do féto directamente de lado, desencravar no diametro antero-posterior.

O novo methodo permitte fazer tracções mais energicas sobre o tronco e favorece a rotação delle. Se no parto expontaneo o levantamento dos braços embaraça a expulsão, no parto artificial o parteiro

pela maneira que faz as tracções desfaz estes obstaculos.

O parteiro deve segurar o féto collocando os pollegares nas faces posteriores das pernas, não passando o sacro.

Para se trazer a espadua anterior abaixo da symphise do pubis, abaixa-se bastante o féto, fazendo forte tracção no eixo do corpo fétal; depois levantando-se o féto para o lado do abdomen da mulher, vemos a espadua posterior aparecer acima da furcheta. Podemos fazer tracções alternativas para baixo e para cima, para desencravar as espaduas gradualmente. Os braços saem sem necessidade de se introduzir a mão ou o dedo na vulva.

Facilita-se a sahida da cabeça, puxando-se com uma mão o féto e com a outra apoiando na nuca, é a manobra de Praga, podendo-se tambem fazer a manobra de Mauriceau, caso haja resistencia.

Em resultado, o professor Rossier acha este methodo que elle chama Deventer-Mueller, de grande vantagem porque sendo rapido e simples, faz com que a vida do féto corra menos risco; as parteiras podem fazel-o, caso não haja um medico; ha ausencia de manobras internas diminuindo assim o risco das infecções; ha menos lesões maternas e fétaes.

O professor Rossier termina o seu artigo, dando estatisticas, e observações provando a efficacia do novo methodo, e a não ser este artigo publicado nos Annales de Gynécologie e d'Obstétrique de Maio de 1909, não

o conhecemos praticamente, pelo que ainda ficamos com duvida sobre as suas vantagens.

Contra elle apresentou Veit um caso de ruptura transversa da Columna vertebral e da medula espinal entre a terceira e a quarta vertebra cervical, mas um só caso tambem não prova desvantagens, embora que nos pareça o methodo um pouco perigoso.

DA DILATAÇÃO PREFETAL VAGINAL NAS APRESENTAÇÕES DO PELVIS

Este meio é aconselhado pelo Dr. C. Sauvage, antigo chefe de clinica da Faculdade de Paris. Elle emprega como melhor meio de dilatação, o balão de Champetier de Ribes.

O professor Pinard teve esta idéa já ha alguns annos e tendo experimentado tirou bom resultado, e o professor Sanvage emprega o balão desde 1908 em todas as primiparas que entram em seu serviço com apresentação do pelvis.

Esta dilatação é fundada na lei formulada por M. Potocki em 1893, que diz quando ha resistencia das partes molles maternas « é necessario dilatar a vulva antes da passagem do féto, sem que elle proprio sirva de agente dilatador ». E como sabemos se houver resistencia das partes molles e o desencravamento for demorado, pode produzir a morte do féto.

Já sabemos deste modo qual o caso em que devemos applicar a dilatação prefetal. Este methodo que é mais seguido nas primiparas pode ser applicado

nas multiparas quando o féto é de volume muito superior a media.

O professor Sauvage depois de muitas observações, quer pessoaes, quer na clinica Baudelocque tirou as seguintes conclusões:

1.ª A dilatação prefetal vaginal tem uma acção inconstante, mas o mais das vezes aceleradôra sobre a marcha do trabalho. Tem uma influencia constante sobre a duração do periodo de expulsão que é de uma duração notavelmente curta, no estado normal das forças expulsivas. Prepara o parto expontaneo e torna menos frequente as indicações de extração do pelvis. Quando esta intervenção torna-se necessaria, é facilitada pela dilatação previa das partes molles.

2.ª Uma diminuição de um quarto na mortalidade infantil durante o trabalho e os dias que seguem o parto, uma vitalidade maior da creança que não soffreu o traumatismo infligido aos recem-nascidos pela resistencia da bacia molle, são, depois de nossas observações, as consequencias praticas da applição do methodo.

3.ª De accordo com a pratica de M. Pinard, a dilatação prefetal deve ser empregada em todos os casos de apresentação do pelvis nas mulheres que estão nas condições de primiparidade, quando o féto é viavel. Esta pratica póde ser estendida com vantagem aos casos de apresentação do pelvis com fétos volumosos nas multiparas e em casos de apresentação da espadua não transformavel nas primiparas e nas multiparas com fétos volumosos.

4.ª No estudo actual da sciencia, os resultados optimos do methodo são obtidos pelo collocamento de um balão incompressivel Champetier de Ribes na vagina com uma dilatação do orificio intermediario entre as dimenções de uma peça de 5 francos e a de uma palma de mão e pela expulsão expontanea do balão,

O balão de Champetier de Ribes tem o inconveniente de em nosso clima estragar-se muito depressa.

Na Maternidade do Rio de Janeiro já foram praticadas algumas dilatações artificiaes em casos de apresentação do pelvis, mas em vez do balão de Champetier de Ribes foi empregada a sonda balão Penna, invenção do Dr. Gonçalves Penna, vice-director da mesma Maternidade. Este apparelho é composto de um destes balões com que as creanças se divertem, que custam barato e se encontram em qualquer parte, e uma sonda urethral commum, de gomma. Para a collocação da sonda balão não é necessario pinça, como no balão de Champetier de Ribes, ella é collocada com os dedos.

OBSERVAÇÕES

Agora vamos dar as observações por nós feitas de 1909 a Julho de 1911.

1.ª M. A. A., multipara, entrou para o Hospital Santa Izabel, enfermaria Santa Izabel em 28 de Abril de 1909. Teve parto natural no dia 2 de Julho. Féto morto em apresentação do pelvis incompleta, modo

das nadegas. Posição—S. I. E. A. Sahiu em 20 de Julho.

2.ª M. A. A., multipara, entrou em 20 de Junho de 1909, para o Hospital Santa Izabel, enfermaria Santa Izabel. Teve parto natural a 20 de Julho. Féto vivo em apresentação do pelvis incompleta, modo das nadegas. Posição—S. I. E. A. Sahiu a 3 de Agosto.

3.ª M. J., multipara, entrou para o Hospital Santa Izabel, enfermaria Santa Izabel em 5 de Agosto de 1909. Teve parto prematuro (7.º mez) natural a 25 de Agosto. Féto morto em apresentação do pelvis completa. Posição—S. I. E. A. Sahiu a 11 de Setembro.

4.ª A. A., multipara, entrou em 28 de Agosto de 1909 para o Hospital Santa Izabel, enfermaria Santa Izabel. Teve parto natural em 20 de Setembro. Féto vivo em apresentação do pelvis completa. Posição—S. I. E. A. Sahiu em 3 de Outubro.

5.ª M. J., multipara, entrou em 16 de Setembro de 1909 para o Hospital Santa Izabel, enfermaria Santa Izabel. Parto natural em 3 de Outubro. Féto morto em apresentação do pelvis completa. Posição—S. I. E. A. Sahiu em 17 de Outubro.

6.ª M. E. J., primipara, entrou para o Hospital Santa Izabel, enfermaria Santa Izabel em 4 de Dezembro de 1909. Teve parto artificial, terminando pela manobra de Mauriceau, em 4 de Dezembro. Féto morto em apresentação do pelvis, incompleta, modo

dos pés. Posição — S. I. D. P. Sahiu em 19 de Dezembro.

7.ª A. R. S., multipara, entrou para o Hospital Santa Izabel, enfermaria Santa Izabel em 26 de Fevereiro de 1910. Parto artificial, termidando pela manobra de Mauriceau em 2 de Maio. Féto vivo em apresentação do pelvis completa.—Posição S. I. E. A. Sahiu em 16 de Maio.

8.ª M. J., primipara, entrou para o Hospital Santa Izabel, eufermaria Santa Izabel em 8 de Março de 1910. Parto natural em 22 de Abril. Féto vivo em apresentação do pelvis incompleta, modo dos pés. Posição — S. I. E. A. Sahiu em de 6 de Maio.

9.ª M. J. J., primipara, entrou para a Maternidade Climerio de Oliveira em 9 de Janeiro de 1911. Pavilhão 2. Parto artificial, em consequencia da insuficiencia das contrações, terminando pela manobra de Mauriceau. O parto que foi gemeo, deu-se a 11 de Janeiro. Os fétos em apresentação pelvica incompleta, modo das nadégas. Posição — S. I. E. A. Ambos nasceram em más condições de vitalidade. Sahiu em 27 de Janeiro.

10.ª D. J. N., primipara, entrou para a Maternidade Climerio de Oliveira, em 3 de Fevereiro de 1911, já em trabalho e com eclampsia, da qual falleceu. Tentando salvar a vida do féto, foi pelo assistente Dr. Almir de Oliveira, feita uma cesariana post-mortem. O féto nasceu vivo, mas em pessimas condições, vindo a morrer. Apresentação pelvica completa. Esta operaçao foi feita no Pavilhão 4.

11.ª M. D. A., multipara, entrou para a Maternidade Climerio de Oliveira, em 9 de Maio de 1911. Pavilhão 2. Parto gemeo, natural, em 10 de Março. Os fétos vivos, sendo um em apresentação do pelvis completa. Posição S. I. E. A. Sahiu em 24 de Março.

12.ª I. V. M., primipara, entrou em trabalho para a Maternidade Climerio de Oliveira, em 4 de Abril de 1911. Pavilhão 4. Parto natural no mesmo dia. Féto nasceu em estado de morte aparente, reanimando-se depois. Apresentação pelvica completa. Posição—S. I. E. A. Sahiu em 18 de Abril.

13.ª M. I. M., primipara, entrou para a Maternidade Climerio de Oliveira, em 4 de Abril de 1911. Pavilhão 2. Parto gemeo natural em 6 de Abril. Fétos vivos, sendo um em apresentação pelvica completa. Posição — S. I D. P. Este féto nasceu um pouco asphyxiado. Sahiu em 20 de Abril.

14.ª G. M. C., multipara, entrou para a Maternidade Climerio de Oliveira, em 25 de Março de 1911. Pavilhão 2. Parto gemeo natural em 30 de Abril. Fétos vivos, sendo um em apresentação pelvica incompleta, modo das nadegas. Posição—S. I. E. A. Sahiu em 15 de Maio.

15.ª M J. S., primipara, entrou para a Maternidade Climerio de Oliveira, em 3 de Junho de 1911. Pavilhão 2. Parto artificial em 4 de Junho. Foi feito o abaixamento dos pés e dos membros superiores que se achavam ao longo da cabeça, terminando a axtração pela manobra de Mauriceau. O féto nasceu ligeiramente asphyxiado, reanimando-se depois. Apre-

sentação pelvica incompleta, modo das nadegas. Posição—S. I. E. A. Sahiu em 19 de Junho.

16.ª M. G. X., primipara, entrou para a Maternidade Climerio de Oliveira, em 2 de Junho de 1911. Pavilhão 2. Parto artificial no dia 10 de Junho. A extração foi feita pelos mesmos processos do caso acima. Féto morto em apresentação pelvica completa. Posição—S. I. E. A. Sahiu em 25 de Junho.

17.ª J. M. S., multipara, entrou para a Maternidade Climerio de Oliveira, em 4 de Julho de 1911. Pavilhão 2. Parto gemeo, prematuro, natural, em 6 de Julho. Fétos vivos, sendo um em apresentação pelvica completa. Posição—S. I. D. P. Sahiu em 22 de Julho.

Proposições

TRES SOBRE CADA UMA DAS CADEIRAS DO CURSO DE SCIENCIAS MEDICAS E CIRURGICAS

PROPOSIÇÕES

HISTORIA NATURAL MEDICA

I—A canna de assucar, *saccharum officinarum*, é uma planta originaria da India, e pertence a familia das Gramineas.

II—Della extrahimos por meio de pressão, o assucar.

III—O assucar na dose de 25 grammas, em tres vezes, emprega-se em obstetricia para despertar e tonificar a fibra uterina.

CHIMICA MEDICA

I—O sublimado corrosivo, é um corpo solido, cristallisado em massa branca, sabor acre, desagradavel, é pouco soluvel em agua commum.

II—É empregado em obstetricia nas toilettes dos orgãos genitaes externos, e tambem em injecções vaginaes.

III—É empregado juntamente com o acido tartrico, sendo a dose deste sempre o dobro da do sublimado.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I—O utero é um orgão de forma conica, acha-

tado de diante para traz, occupando a parte media da excavação pelviana.

II—Seis ligamentos o sustentam em posição, dois lateraes, dois anteriores e dois posteriores.

III—Apresenta com a bacia e seu conteudo relações importantes.

HISTOLOGIA

I—As trombas de Fallope são compostas de tres tunicas : uma externa serosa, uma media muscular e uma interna mucosa com numerosas pregas longitudinaes que vão até a extremidade das franjas.

II—Conforme a parte da tromba (isthmo, ampola, pavilhão) a sua funcção eventual, a disposição, o numero e natureza das cellulas secretaras, varia.

III—Não é somente na especie humana que existe esta variedade de estructura, na especie animal tambem existe.

PHYSIOLOGIA

I—A contração uterina é um acto physiologico independente da vontade da mulher.

II—Ella varia de duração conforme os differentes periodos do trabalho.

III—Um dos seus caracteres mais importantes durante o trabalho é a dôr, que tambem varia conforme os differentes periodos.

BACTEREOLOGIA

I—Nos casos de septecæmia puerperal, encontramos gonococcos e streptococcos nas vegetações vulvares.

II—Como provou Nöggereth o gonococco pode produzir varios accidentes depois do parto.

III—Os accidentes determinados pelo gonococco, são por sua propria conta, constituindo o que se chama gonococcia puerperal.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I—A prata colloidal electrica ou electrargol, tem um poder microbicida intenso e produz no organismo um poder antitoxico energico.

II—É empregada com grande vantagem nos casos de febre puerperal.

III—É administrado em injecções, variando a dose de 5 a 40 c. c. em 24 horas.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I—Os fibromas uterinos, podem soffrer alterações secundarias, como sejam; supuração, necrobiose aseptica e gangrena ou putrefação.

II—Os fibromas necrobiosados tem um aspecto particular, as vezes são encapsulados, cercados de tecido uterino.

III—A necrobiose do fibrama pode ser devido a uma alteração da circulação sanguinea local do mesmo.

PATHOLOGIA MEDICA

I—A gravidez, principalmente no fim, produz embaraços no apparelho urinario.

II—São frequentes as retenções de urina, produ-

zidas pela compressão da bexiga e canal da uretra, pela parte fétal que se encrava.

III — Como mostrou Spiegelberg muitas vezes o utero, arrasta com elle a bexiga.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I — A curetagem é empregada como meio de tratamento da infecção puerperal.

II—Para pratical-a faz-se o abaixamento do colo com pinças, e a dilatação com velas de Hegar ou com balões.

III—Depois da curetagem a paciente tem calefrio violento com elevação de temperatura.

OPERAÇÕES E APARELHOS

I — A symphyseotomia que foi praticada pela primeira vez por Sigault, tem por fim augmentar a bacia no sentido antero-posterior e transversal.

II — Havendo féto morto; partes molles podendo se dilatar sem rompimento; bacia não sendo viciada, não devemos praticar a symphyseotomia.

III—A syphyseotomia tem sido hoje substituida por outras operações, como seja a pubiotomia.

ANATOMIA MEDICO—CIRURGICA

I—A via abdominal é um dos meios actualmente mais usado para os cirurgiões chegarem ao utero.

II — Por meio della se pratica principalmente a hysterectomia.

III — Tambem os cirurgiões podem chegar ao utero pela via vaginal.

THERAPEUTICA

I—O reposo, os emollientes, os balsamicos e os opiciados, dão muitas vezes bom resultado nas cystites gravidicas.

II — Se existe blennorrhagia, o melhor meio therapeutico, é instituir o tratamento da cystite blennhorrhagica.

III - - Os banhos de assento e banhos geraes quentes e prolongados, podem tambem servir para o tratamento da cystite gravidica.

HYGIENE

I—Alem dos cuidados de antisepsia que temos durante o parto, devemos ter depois do parto.

II — A toilette dos orgãos genitaes tem grande valor depois do parto, para impedir que os liguidos sero-sanguineos, não se putrefaçam.

III—Um dos meios melhores da toilette genital, são as injecções vaginaes, contanto que sejam bem feitas, e completamente asepticas.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I—É de grande importancia saber-se se em um féto encontrado morto, este assim nasceu, ou se houve infanticidio, e se é a termo.

II—Por meio da docimasia pulmonar, e por meio das medições dos diametros da cabeça, do comprimento, e do peso do féto, sabe-se se o féto viveu e se é a termo.

III—O meio mais commum do infanticidio é pela asphyxia.

OBSTETRICIA

I—Não se deve fazer logo em seguida a expulsão do féto, a ligadura do cordão umbelical, e sim depois que cessem os batimentos arteriaes.

II—A ligadura feita logo faz o féto perder cerca de 90 grammas de sangue, que vem ainda da placenta.

III—O melhor meio de fazer a ligadura é com um fio de seda chato, aseptico.

CLINICA PROPEDEUTICA

I—Entre os meios propedeuticos usados em obstetricia, são tres os principaes, a palpação o toque e a auscultação.

II—Pela palpação e auscultação faz-se o diagnostico de apresentação e posição, e sabemos se o féto vive.

III—Pelo toque tambem faz-se o diagnostico da apresentação e posição, principalmente estando as membranas rôtas.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I—A syphilis dos procreadores tem grande influencia sobre as anomalies fétaes.

II—A influeneia paterna é mais accentuada que a materna.

III—Pode-se prevenir contra estas causas, fazen-

do-se o tratamento da syphilis na mulher durante a gravidez.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I—O methodo de Crédé (nitrato de prata a 1 para 100) tem dado optimos resultados como preventivo da ophtalmia dos recem-nascidos.

II—Nas formas benignas de conjuntivite dos recem-nascidos pode-se empregar solução boricada a 4 por 100.

III—Para evitar estas conjuntivites o parteiro deve proceder a limpeza e desinfecção dos olhos do recem-nascido, logo após a expulsão.

CLINICA CIRURGICA (2.ª cadeira)

I—Pode-se tratar as hemorrhagias por incerção viciosa da placenta, por meios cirurgicos.

II—Para se fazer uma operação destas é necessario que o féto esteja vivo e com viabilidade, a mulher não seja anemiada e esteja em perfeita asepsia.

III—Das operações para este fim a melhor é a cesariana, como provou Krönig.

CLINICA CIRURGICA (1.ª cadeira)

I—Para a extirpação do *cancer* do corpo uterino pode-se utilizar a secção para-vaginal de Schuchardt.

II—Este methodo deve ser applicado quando houver fraqueza da mulher ou doença grave de outros orgãos.

III—Ainda para extirpação deste tumor temos o processo de Wertheim—Bumm.

CLINICA MEDICA (2.ª cadeira)

I—A gravidez tem acção sobre o figado, faz exaltar todas as suas funcções, principalmente a funcção anti-toxica.

II—O augmento dos elementos lipoides, pode ser interpretado para mostrar este esforço do figado em sua função anti-toxica.

III—O equilibrio funcional desta vicera durante a gestação é instavel devido a *surmenage* que elle soffre.

CLINICA MEDICA (1.ª cadeira)

I—A gravidez em uma mulher attingida de cardiopathia, agrava a marcha da affecção do coração.

II—O que dá a asystolia gravidica seu caracter especial, é a predominancia dos accidentes pulmonares (Petu).

III—As lesões mitraes, principalmente o estreitamento peioram muito com a gravidez; as lesões aorticas são pouca influenciadas por ella.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I—Denomina-se placenta inserida anormalmente, a placenta inserida na parte inferior do utero.

II—Esta parte ou segmento inferior do utero, é tambem chamada zona perigosa de Barnes.

III—Um dos accidentes mais graves nas placentas de inserção baixa, é a hemorrhagia.

CLINICA PEDIATRICA

I—O recem-nascido só deve mammar de duas em duas horas durante o dia, e uma ou duas vezes durante a noite.

II — O excesso de aleitamento pode produzir perturbações digestivas, diarrhéa, colicas.

III—Pode-se tambem aleitar o menino por meios mixtos, e neste caso o leite mais usado é o de vacca.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I—Parece que a gravidez não provoca o apparecimento do bossio ophtalmico.

II—Em caso de bossio ophtalmico o parto não provoca nenhum accidente, nem morte.

III—Tambem não ha acção no bossio sobre o aleitamento, nem deste sobre o bossio.

Visto.—Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 30 de Outubro de 1911.

Menandro dos Reis Meirelles

Secretario.